

介護予防事業における地域資源活用と 新規介入のプロセス

—— C 県 M 市の事業展開からみた一考察 ——

広浦 幸一*・小崎 浩信*・富樫亜紀子*・千葉 英俊*
鈴木 克人**

I は じ め に

わが国の最近における要介護者数と介護給付費の動向は、年々予想を上回る速度で増大の一途を辿り、公的介護保険制度が施行されてから7年が経過しても、なお介護サービスの充実化と抜本的見直しの状況にある。今後に向けた施策と取り組みが急務とされるなかで、日本の要介護者は2000年の230万人から2005年に400万人に達し、介護保険給付は2000年の3.5兆円から、2005年には6兆円にまで増大した¹⁾。

このような状況下、介護保険制度の見直しや改革にむけて様々な議論がなされてきた。2005年に介護保険制度の見直しを定めた法律が、一部を除き2006年4月から施行されたが、介護保険制度の発足から依然として要介護認定者数は増加傾向にある。また、要介護認定高齢者の軽度化も潤沢にすすまず、介護保険給付費は増大する傾向にある。問題点としては、軽度な要支援認定者の48.9%、要介護1の34.8%が共に、2年後には重度化していく割合が予想され、軽度者に対する介護サービスが要介護の改善に必ずしも反映されていないことにある。さらに介護保険制度そのものが、その理念として掲げる「自立支援」の目的に対し、その成果として淘汰されにくいことが認識され、制度そのものの見直しに至った。つまり、自立支援を目的とした介護保険の本来の目的からすれば、いささか問題を呈し得ず、今後は軽度者の悪化を予防するための「介護予防サービス」²⁾の充実に重点が置かれることとなった。人が年を重ねることで抱える介護の問題において、「社会的孤立や孤独」の諸事項は特に注視されるべき、「生きるうえでの心配ごと」である。

厚生労働省は介護にかかる費用の抑制化を含め、介護予防システムの導入を見据えた。

2006年4月より「介護予防」を重視した介護保険制度改革³⁾を実施し、これらの新介護予防サービスや予防補助事業に対する交付金等が定着するまでには、2年余を要すると見込まれてきた。現状として介護予防（モデル）事業の実施については、筋力向上のトレーニング事業や栄養改善事

* 東北福祉大学

** デイサービスまばし

業、閉じこもり予防事業や口腔ケア事業、転倒骨折予防事業などが盛り込まれており、「地域支援事業」⁴⁾という名称のもとに、市町村が計画を立案しサービスを行うというものである。

法改正のもと、「地域包括支援センター」⁵⁾が主体的に介護予防の給付管理を行っていく体制下で、介護予防支援の給付管理や請求手続きの混乱も一部の地域、現場で発生している。これらの実情から、具体的なレベルでの総論的エビデンスは未だ脆弱な領域を脱し得ない。多様化する「介護予防ニーズ」の中、現場で従事する専門職者は、常にどのようなことを改善項目に掲げ、介護予防事業を実施するかが重要となる。

そこで本研究では、C県M市における地域支援事業の立上げと委託業務遂行におけるプロセスを事業初期段階としてまとめるとともに、「デイサービスまばし」を事業主体として開始された介護予防通所介護事業所の事業経過をM市が掲げる予防重視型システムに照らし合わせながら、福祉コミュニティにおける貢献性と発展性について若干の考察を加え論じたい。

II 方 法

1) 調査1

介護予防事業（地域支援事業）に関係するC県M市における取り組みの概要をまとめ、「デイサービスまばし」が介護予防事業に参入した経緯とその事業展開について考察する。

2) 調査2

“デイサービスまばし”が展開する介護予防通所介護事業所「ころばん塾」で利用者に実施したフィールドテスト6種の収集されたデータの整理とまとめを行う。測定に関与したフィールドテストの項目を以下に掲載した。

ア. 筋力

筋力は、身体運動を生み出す原動力として大切な役割を果たし、また加齢に伴う筋力の衰退や廃用性症候を見る重要な手がかりとなる。ここでは、簡易に測定可能な「握力テスト」を実施項目として用い、全身の筋力の代表値として扱うこととした。握力計はスメドレー式握力計を用いた。

イ. 柔軟性

身体の柔軟性をみる簡易な手段として「長座体前屈」を実施した。ここでは単に身体の柔軟度を測定するだけでなく、その柔軟性を生み出す、関節可動域にも着眼した。特に高齢であれば、股関節周辺における関節運動（可動域）の低下や腰痛の有無に影響を受ける項目となるので、実施後のプログラム作成における参考項目として欠かせない。

ウ. 動的バランス（転倒防止）

高齢による転倒の確率は動的バランスの是非による。ここでは、「ファンクショナルリーチ

(functional reach)」を実施することで、立位による柔軟度も含めた動的バランスを測定した。計測は、専用のファンクショナルリーチ測定器機も市販されているが、ここでは壁の横に立ち、家庭でも実施できる要領で行った。利用者に手を軽く握らせ、両腕を肩の高さまで上げる。次に片腕を体側まで降ろし、もう片方の腕をこぶしの高さを維持しながら前方に伸ばす。この前方に伸ばしたこぶしの最頂点を記録する。計測時に足を動かしたり、最初の姿勢に戻れなかった場合、もう一度計測を行う。これは、誤差も考慮し、2回計測を実施した。

エ. 静的バランス（平衡性含）

立位バランス同様に静的バランス（平衡性）をみる項目には、「閉眼片足立ち」を実施した。閉眼片足立ちでの測定方法もあるが、高齢者の介護予防事業においては、厚生労働省老健局老人保健課により留意事項の通達（「高齢者の閉眼片足立ち時間の測定に関する留意事項」平成18年9月29日付）がなされており、測定に関しては、「測定者は対象者の傍らに立ち、安全を確保する。」こととされている⁶⁾。計測には、ストップウォッチを用いた。

オ. 移動能力（機能的移動能力）

機能的移動能力をみる項目として、「Timed Up & Go テスト」を実施した。方法としては、椅子から立ち上がり、3m先の目印を折り返し椅子に座るまでの時間を計測する。スタート姿勢は背中を椅子の背もたれにつけた状態で、大腿部に手を置く。背もたれから背中が離れたときスタートし、臀部が椅子の座面についた時点でゴールとなる。測定において、計測者は利用者の安全を考慮し、利用者の横に追尾するよう配慮した。計測にはストップウォッチを用いた。

カ. 移動能力（歩行バランス・速度）

移動能力（歩行のバランス・速度等）をみる項目として、「5m最大歩行速度」を実施した。実施にあたっては、予備路3m、測定区間5mを利用者に歩行してもらう。計測は、腰・肩が測定区間に入ったところから、出るまでを測定する。あくまでも走らずに歩行を義務づけ、計測中は「Timed Up & Go テスト」同様に計測者は利用者の安全を考慮し、利用者の横に追尾するよう配慮した。計測は同様にストップウォッチを用いた。

III 結 果

1. 予防重視型システムの概要と事業参入の経緯

1) 事業構想と通所型介護予防事業の概要

2006年4月より「介護予防」を重視した介護保険制度改革の実施を見越し、それを受けC県M市においてもM市地域支援事業（介護予防事業）にかかる事業者説明会が2006年3月28日に開催された。その概要は、地域包括支援センターの構築を見据えた予防重視型システムの概要説明が行われ、特定高齢者の選定に伴う地域支援事業の詳細の申し送りがなされた。これまでの保険制度との大きな違いはM市が保険者であるということである。したがって、地域の保健福祉課に

よる基本検診や関係諸機関の民生委員、介護支援課による介護保険の非該当者、地区在介の訪問活動、該当者らの家族による連絡等により、生活機能低下者の早期発見活動が必要条件となる。これらの早期発見活動が十分に実施された上で、特定高齢者の選定が現実化することとなる。

手続きとしては、該当者に通知を促し介護予防サービス利用の意思を伺うと共に、希望者は地域包括支援センターに連絡し、介護予防事業利用申請書を提出する。提出先の包括支援センターならびに在宅介護支援センターでは、介護予防ケアプランを作成する。この場合、在宅介護支援センターで介護予防プランの原案を作成し、それを受けて地域包括支援センターが介護予防プランの原案を確認することになる。この手続きの後、介護予防事業利用の決定(保険者は各市町村)がなされ、「介護予防事業利用者情報」が各実施事業者へ送付され、依頼が完了される。

通所型の介護予防事業実施事業は、地域型在宅介護支援センターとの連携により実施される。新たに設けられた包括支援センターより、介護予防事業利用者一覧表と介護予防ケアプランの複写版を事業者が受理する。利用者に対しては、サービス利用の意思確認と利用の際の送迎有無の確認である。実際に実施される各プログラムに関しては、サービス提供の根幹として事前アセスメントを実施し、それにもとづく個別プランの作成が必要となる。個別プランに準じた事業実施内容としては、状況に応じた利用者の送迎や出欠簿への確認署名捺印作業、そして安全管理の徹底を図ることである。

特に認知症予防での支援事業参加者については、運動器の機能向上や栄養改善、口腔機能向上プログラムに参加した場合、「認知症予防」という観点を踏まえてプログラムを実施することや、閉じこもり予防対象者についても、その目標が「参加(外出)してもらう」ことにあるため、プログラム内容については誰もが気軽に参画できるような内容に配慮することが盛り込まれている。

事業報告と請求に関しては、各介護支援課給付担当室(または高齢福祉課)に対して期日までに「〇〇事業利用状況報告書」ならびに「請求書」に「出欠簿」を添付して提出する。受託料については、各市町村(介護支援課給付担当室もしくは高齢福祉課)より受理するシステムとなる。また事業実施のプロセスとして、3ヶ月(1クール)後に事後評価を実施し、事後アセスメント結果を介護支援課介護予防推進担当室および地域型在宅介護支援センターに送付することが必要となる。

2) 事業プログラムの内容

M市から提案された運動機能向上プログラムを表-1に示す。主な目的は、運動介入や生活改善を通じて、自立した生活機能を維持することであり、要介護状態に陥る危険性を予防することにある。この内容には、基本チェックリストを設け、何項目該当するかをスクリーニングする。プログラム実施形態は、10名から15名による集団プログラムであり、週2回で合計24回(1回あたり2時間)、3ヶ月間実施する。

例えば運動器機能向上プログラムにおいては、転倒骨折の防止ならびに加齢に伴う運動器の機

表-1 M市地域支援事業事業者説明会開催時に配布された運動器機能向上プログラム概要

目 的	主として集団的な対応で運動介入や生活改善等を通じ、自立した生活機能を維持し、要介護状態に陥る事を防ぐ
対象者	運動機能が低下している恐れのある（または運動機能の低下している）高齢者 ○基本チェックリスト 問 6～10 の 5 項目中 5 項目該当者 ○基本チェックリスト 問 18～20 のいずれかに該当するも者 ○閉じこもり・うつ予防の対象者で基本チェックリスト問 6～10 の 1 項目以上該当する者
形 態	10～15 人程度の集団プログラム
回数・期間等	週 2 回（計 24 回） 1 回 2 時間 3 ヶ月
従事者	介護保険の知識、老年学の知識、運動器の機能向上に関わる知識、多職種の役割と業務についての知識を持つもので、運動器のみではなく、心理的・社会的にも高齢者を理解し安全にプログラムを提供できる者 医師、看護師及び准看護師、理学療法士、作業療法士、機能訓練指導員、健康運動指導士、介護予防指導士等が指導にあたる
実施内容	<p>転倒骨折の予防及び加齢に伴う運動器の機能低下の予防・向上を図る観点から、ストレッチ、有酸素運動、簡易な器具を用いた運動等を実施する</p> <p>a 専門スタッフ（医師、理学療法士、保健師、看護師等）によるアセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医学的な側面に関する評価、体力測定、健康関連 QOL <p>b 個別サービス計画の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業への参加そのものを目的とせず、自己実現の達成を主眼とした目標を設定 ・個別の目標を参加者自ら設定 ・対象者のうち体力水準が最も低いものが実施可能な内容を選択 ・体力水準が高いものには、回数・負荷・維持時間などを調整する <p>c 運動（ストレッチ、有酸素運動等）の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一日のプログラムの中に学習時間が挿入される <p>d 専門スタッフによる事後のアセスメント</p> <p>1ヶ月目 コンディショニング期間 筋肉や靱帯などの組織が運動負荷に耐えられるようになるまで徐々に慣らしてゆく</p> <p>2ヶ月目 筋力向上期間 機能を向上させるために、これまでより負荷を増やさせ、やや高い水準の運動負荷を行う</p> <p>3ヶ月目 機能的運動期間 日常生活や余暇生活などで必要とする複雑な動きを想定し、日常の不具合を把握した運動</p> <p>プログラムを行う際の留意点</p> <p>運動前</p> <p>運動前に状態チェックを行い以下に該当する場合は運動を実施しない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安静時収縮血圧 180 mmHg 以上、拡張期血圧 110 mmHg 以上 ・安静時脈拍数が 110 以上又は 40 以下 ・いつもと異なる脈の不整脈 ・関節痛、腰痛など慢性的な症状の悪化 ・その他の体調不良などの自覚症状 <p>事前の注意事項を参加者に周知する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動直前の食事は避ける ・水分補給を十分に行う ・睡眠不足、体調不良の時には無理をしない ・感冒、腹痛、頭痛、めまい、下痢など身体になんらかの変調がある場合は従事者に伝える <p>運動中</p> <p>自覚症状や他覚所見に基づき安全の確認を行う（顔面蒼白、冷や汗、吐き気、嘔吐、脈拍、不整脈など）</p> <p>運動後</p> <p>運動終了時に状態を確認し、必要に応じて処置を取る（運動終了後にすぐに解散することなく、しばらく状態を確認する）</p> <p>観察項目は運動前と同様</p>

表-1 つづき

	1 回のプログラム例			
		種 目	所要時間	
	学習時間	自宅等で実施状況を確認	5 分	
	ウォーミングアップ	ストレッチング バランス運動	10 分	
	主 運 動 (時期によって選択)	コンディショニング運動（筋肉や靱帯などの組織が運動負荷に耐えられるようにする） 筋力向上運動 機能的運動	25 分	
	クーリングダウン	ストレッチング リラクゼーション（全身の緊張をほぐす）	10 分	
	学習時間	自宅でいつ、どのように実施するのか	10 分	
	運動強度			
		運動強度の目安	種目数・回数	内容
	第 1 期	椅子運動	4 種目程度	椅子で膝伸ばし 立ち上がり
第 2 期	立位運動	6 種目程度	膝の屈伸運動 立位での股関節外転	
第 3 期	応用運動	6 種目程度	階段昇降 前後左右にステップを踏む	
効果測定 の指標	握力，開眼片足立ち時間，歩行能力（最小・最大），機能的移動能力 心理的・社会的面の改善			
留意事項	a～d のプロセスを踏んだ上で実施する 安全に行われるよう，主治医と連携の上で実施すること 事故防止のため十分な注意を払うとともに，参加者の安全性を十分に留意し，緊急時にも対応できるよう体制を整備する			
安全管理 体制	① 安全マニュアルを整備する ② 実施にあたり看護職員等の医療従事者を配置し，有事に際し速やかに対応できる体制を整える ③ 各事業者は，安全委員会を開催し書き事項について定期的に確認する ○対象者から除外するものの要件（別紙参照） ○転倒予防対策を含めた運動を行う際の留意点の遵守 ○安全管理マニュアルの内容の確認及び更新			

※出典：M 市地域支援事業事業者説明会開催時に配布された資料を引用掲載

能低下予防・向上を図ることに主眼がおかれ、簡易なストレッチ運動や有酸素運動、簡易な器具を用いての運動等の実施が行われる。1ヶ月目をコンディショニング期間とし、2ヶ月目を筋力向上期間、3ヶ月目を機能的運動期間と設定、その概要に沿っての実施が目安となる。

2. 介護予防通所介護事業参入の経緯

1) 事業目的と概要

2005 年より、「デイサービスまばし」が開業され、地域高齢者に対しての機能訓練重視のサービ

表-2 ころばん塾において立案されたクールごと活動内容

	クール内容
1 ケ月	筋肉自体の柔軟性・持久性を高め、以後のトレーニングに無理な負担がかからない筋肉をつくる。(椅子に座ってのトレーニングやストレッチを主体に行う)
2 ケ月	全体的プログラムでは少し負荷をかけて行う。座位だけではなく、立位・仰臥位などでも行い、運動に変化をつけ、運動に飽きがないように工夫をする。個人プログラムは、体力測定の結果を元に弱点の強化を中心に行い、個々に設定した目標に向け意欲を出させる。
3 ケ月	2 ケ月でつけた筋力を円滑に動かす為に早い動きやバランス訓練などのトレーニングを取り入れ、全身的・複合的運動ができるまでを目標にする。

スを展開してきた。主に筋力の向上や筋拘縮緩和を目指した事業に重きを置き、今回の介護保険制度の改正に伴い、そのような機能低下もしくは廃用症候予備群の利用者に対しての事業展開の内容実績を生かしつつ、地域に先駆けて介護予防通所介護事業への参入が企図された。

事業所を開所するにあたっての目的は、筋力低下のみられる特定高齢者に対して、現存する筋力の強化と維持、身体バランスの強化により転倒しにくい体をつくることである。さらに、利用者が目的とする事業参加を目指して、会場に訪れ、運動を体験することにより、その過程を通じて引きこもりや認知症への発展を予防することがあげられる。

実際の事業に対する対応職員数は3名以内とし、職種は柔道整復師やマッサージ師、介護職員等がそれらの職務にあたる。

2) 実際の事業概要（ころばん塾）と展開の見取り図

利用定員は最小2名から最大15名までとし、1週間に2回の開催を計画した。時間帯は、午前9時30分から11時30分の2時間とし、利用者からの実費負担分を各回資料代として100円支払っていただくこととした。

プログラムの概要は、バイタルチェックを実施し、利用者のその日における健康状態を簡易に把握、その後ストレッチ運動を施し、機能訓練的内容を実施する。この流れの中には、本人ならびに家族関係者らによる健康相談も含まれる。プログラム実施中に発生しうる緊急時の対応としては、応急処置セットの携帯、家族や緊急連絡先への連絡徹底、提携医療機関の特定である。クール内容については、表-2に示した。

3. 地域支援サービス“ころばん塾”における支援サービス内容と実施結果

1) 対象

対象は、介護予防活動に関心をもつ中高年者13名である。対象者の内訳は、男性3名、女性10名であった(男性平均72.7歳、女性平均75.4歳)。対象者の年齢、そして現病ならびに既往を表-3に示した。これらの対象者は“利用者”として扱い、母集団の選定に関しては、何ら意図を加えていない。

表-3 介護予防活動に関心をもつ高齢者の平均年齢と既往

利用者 No.	年齢	男女	既往
A	71	女	—
B	69	女	糖尿病
C	82	女	脳梗塞
D	69	女	腰痛
E	72	男	—
F	75	女	—
G	70	女	—
H	77	女	—
I	81	女	—
J	74	男	—
K	72	男	—
L	79	女	膝痛
M	81	女	—

$n=13$ 平均年齢 74.8 ± 4.8 歳
(男: 72.7 ± 1.2 歳, 女: 75.4 ± 5.3 歳)

2) 利用者の各項目の測定結果ならびに評価

(1) 利用者の測定結果と参加状況

初回の活動(フィールドテスト)には13名全員の参加がみられたが、事後評価期間の都合上(1クール3ヶ月)、2回目を実施した利用者は4名(男性1名、女性3名)であった。したがって、すべての到達された活動を参考資料として活かすため、1回目までの実施記録の結果を示した。全利用者のうち、男性は約23%の参加率であった。

初回におけるフィールドテスト実施における女性の結果を表-4に示した。男性利用者の参加率が非常に低かったため(全体の23%に相当で3名)、その結果は非表示とした。また、女性利用者に関しては、筋力項目の握力で右が 20.4 ± 6.0 kg、左が 16.65 ± 5.4 kg であった。柔軟性をみる長座体前屈は 34.1 ± 8.6 cm、ファンクショナルリーチが 3.0 ± 6.3 cm であった。静的バランスをみる開眼片足立ちにおいては、右上げ左足立ち 8.7 ± 7.7 秒、左上げ右足上げ立ち 11.1 ± 8.6 秒であった。また、機能的移動能力をみるための Timed Up & Go テストにおいては、 9.1 ± 2.5 秒、速度計測を含めた(移動能力)5m最大歩行テストは 3.85 ± 1.0 秒であった。諸項目における検定については、標本数が10ということを考慮し、あえて実施しなかったものの、偏差という観点からみれば柔軟性項目、静的バランス項目にやや偏りのある傾向がうかがえた。

(2) 利用者の測定結果に対する評価

介護予防活動実施における運動評価については厚生労働省が推奨している、東京都老人総合研究所(財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団)⁸⁾が先駆けて実施した運動機能測定基準値に基づいて行った。運動機能測定基準値に基づいて事業所で作成、活用したレーダーチャート基準値については、表-5に掲載した。

表-4 初回の活動における女性利用者の各測定項目の結果と集計

利用者 No.	握力 右 kg	握力 左 kg	長座 体前屈 cm	ファンクショナル リーチ cm	片足立ち 右上げ 秒	片足立ち 左上げ 秒	Up&Go テスト 秒	5m 最大歩 行テスト 秒	既往
1	15	3	40	28.5	3.1	2.5	9.3	3.7	—
2	19	15.5	35	35.5	4	2.5	8.4	4	糖尿病
3	23	17.5	26	35	6	11.2	10.4	4.5	脳梗塞
4	10	17.5	37.5	24	5.8	7.6	7.6	3.2	腰痛
6	25	22	24	28.5	5.5	24	7.4	3.1	—
7	13	16	31	18.5	1	2	15.5	6.5	—
8	27.5	22	52	37.5	12	8.4	7.9	3.6	—
9	26	15	28	35.5	12	18	7.7	3.4	—
12	24.5	20	40	33	28	25	9.3	3.3	膝痛
13	21	18	27	24	10	10	7.4	3.2	—
ave.	20.4	16.7	34.1	30.0	8.7	11.1	9.1	3.9	
std.	6	5.4	8.6	6.3	7.7	8.6	2.5	1	

表-5 レーダーチャート基準値

レベル 項目	記録		低い 1	2	3	4	高い 5
握力	1回	男性	25未満	25～29	29～33	33～37	37以上
	2回	女性	15未満	15～18	18～21	21～24	24以上
開眼片足立ち	1回	男性	5未満	5～13	13～30	30～60	60以上
	2回	女性	4未満	4～10	10～23	23～60	60以上
ファンクショナル リーチ	1回	男性	29.5未満	29.5～33	33～36	36～39	39以上
	2回	女性	25.5未満	25.5～30	30～33	33～36.5	36.5以上
長座位体前屈	1回	男性	21未満	21～31	31～41	41～51	51以上
	2回	女性	24未満	24～35	35～43	43～51	51以上
5m 歩行	1回	男性	5.0以上	5.0～4.4	4.4～4.0	4.0～3.6	3.6未満
	2回	女性	5.6以上	5.6～4.8	4.8～4.2	4.2～3.8	3.8未満
UP & Go	1回	男性	7.2以上	7.2～6.1	6.1～5.5	5.5～5.0	5.0未満
	2回	女性	8.9以上	8.9～7.5	7.5～6.5	6.5～5.8	5.8未満

資) 介護予防完全マニュアル(2004)より、運動測定基準値を著者ら事業所にて改変し活用したもの

本研究における女性利用者のフィールドテスト項目の結果を運動機能測定基準値に置き換え、表-6に示した。比較できる項目間では、5m最大歩行テストの4.3が最も高値を示し、Timed Up & Goテストにおいては1.8と最も低い値を示した。また、特に機能的移動能力をみるTimed Up & Goテストの標準偏差が0.8を示したことも注目すべき結果であった。

表-6 女性利用者の各測定結果から導いた運動機能測定基準値

利用者 No.	握力 右 (kg)	握力 左 (kg)	長座 体前屈 (cm)	ファンクショナル リーチ (cm)	片足立ち 右上げ (秒)	片足立ち 左上げ (秒)	Up&Go テスト (秒)	5 m 最大歩 行テスト (秒)	既往
1	1	1	3	2	1	1	1	5	—
2	3	2	2	4	1	1	2	4	糖尿病
3	4	2	2	4	2	3	1	3	脳梗塞
4	1	2	3	1	3	2	2	5	腰痛
6	5	4	2	2	2	4	3	5	—
7	1	2	3	1	1	1	1	1	—
8	5	4	5	5	3	2	2	5	—
9	5	2	2	4	3	3	2	5	—
12	5	3	3	3	4	4	1	5	膝痛
13	3	3	2	2	2	2	3	5	—
ave.	3.3	2.5	2.7	2.8	2.2	2.3	1.8	4.3	
std.	1.8	1	0.9	1.4	1	1.2	0.8	1.3	

表-7 修正後の測定基準値の集計

	測定記録 平均値	修正後 基準値
握力 右 (kg)	20.4	3
握力 左 (kg)	16.65	2
長座体前屈 (cm)	34.05	3
ファンクショナルリーチ (cm)	30	3
片足立ち 右上げ (秒)	8.74	2
片足立ち 左上げ (秒)	11.12	2
Up & Go テスト (秒)	9.09	1
5 m 最大歩行テスト (秒)	3.85	5

*n=10

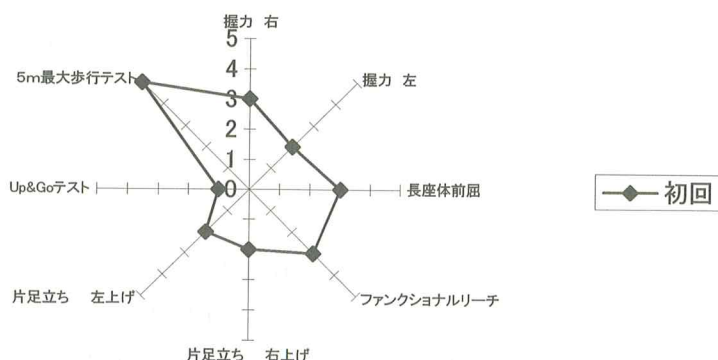


図-1 修正後運動機能測定基準値のレーダーチャート

以上の女性利用者 10 名における運動機能測定基準値の平均値から導き出した修正後の測定基準値 (10 名の平均) の集計を表-7 に示した。さらに、運動機能測定基準値の動向を利用者にわかりやすく示すために作成したフィールドテストのレーダーチャートを図-1 に示した。これは、現場において利用者に対しての事後アセスメントに有効活用する目的として作成したものであるが、測定項目の握力、長座体前屈、ファンクショナルリーチ、5 m 最大歩行テストの 4 項目の基準値が全て 3 以上だったことにに対し、片足閉眼立ちが 2、Up & Go テストに関しては 1 というように平均値で低値を示した。

IV 考 察

本研究は、地域支援事業立上げのプロセスについて、C 県 M 市における地域行政との連携から地域に居住する高齢者 (特定高齢者群) への介護予防事業参加に関する働きかけの経緯についてまとめた。今回のモデルとなった“デイサービスまばし”にて事業が開始された「ころばん塾」は、M 市が掲げる予防重視型システムに則った地域支援事業の一部である。事業概要については、事業開始より数ヶ月経過の現状であるため、利用者のアセスメントにおける始終を網羅しうることにはならなかったものの、厚生労働省が示す「介護予防」と現状で発信しうる「介護予防」の“ずれ”を現場に従事する事業者として、その初期段階 (事業) を把握しておく必要がある。

例えば、本研究で示した新規事業参加の利用者 (対象者) は、13 名 (男女) であった。結果でも示したように、うち男性は 3 名の参加の状況であり、比率としては全体の 23% 弱にすぎない。介護予防事業そのものに対する周知が淘汰されていない現況を鑑みたとしても、男女の性差による参加の割合には、非常に高い偏差が生じる可能性が示唆された。これは、介護予防事業そのものに対する意識差や興味度等よりも、事業そのものを実施している“場所” (地域の自治会館や集会所) にむかう目的意識との関係が深いと考えられる。女性の場合、スーパーマーケットへ買い物に行くついでであったり、友人との会話をしたかったり等、さまざまな面において事業所に向かう“きっかけ”が予想されたが、男性の場合、その“きっかけ”を見つけることは容易ではない。しかも、「近所づきあい」の希薄な高齢男性であれば、なおさらのことである。これらの現況に照らしたとき、特定高齢者の選定後、介護予防事業の利用が決定したとしても、活動そのものの“継続”という観点からすると、地域高齢者の生活の本質を把握した事業の展開方法に工夫が要される。しかも、この事業への参加は 3 ヶ月で終了というプログラムになっているため、終了した利用者をそれ以降どのようにして地域支援事業に係わらせるかについても議論を深めなくてはならない。

2007 年 4 月には、開始からわずか 1 年で厚生労働省による方針の変更がなされ、認定基準の緩和が図られた。それまでは 25 項目におけるチェックリストから、「運動機能の 5 項目全てに該当」であった要件が「3 項目以上に」で該当となった。これらの見直しに併せて厚生労働省は、基本

チェックリストを実施する高齢者（65歳以上）を4割ないし6割に引き上げることや、参加者に対して継続を見越した（参加しやすい）介護予防プログラムの実施など、参加者増加の試みを各自治体に促した。

本研究結果でも示されたように、機能面での“向上”については、事業介入当初の限定された測定資料であったため、ドラスティックな変化を明示するには至らなかった。しかしながら、実施されたフィールドテストを運動機能測定基準値に当てはめて算出した点数をみれば（女性、表-6参照）、単純な歩行（移動能力）の5m最大歩行テストの4.3に対し、機能的移動能力をみるTime Up & Goテストにおいては1.8と低値を示し、その獲得ポイント（平均値）に顕著な傾向がうかがえた（5点満点）。つまり、単純な移動動作において著しい低下や廃用傾向がみられない場合であっても、動作そのものに“すわる（座位）”動作や、“立ち上がり（立位）”動作（関節が、もしくは関節可動域の変化する動き）が加わることによって、水面下に潜む「動作上」または「日常生活上」での機能低下傾向を見出し、利用者本人にも自覚させる効果の期待が示唆される。これは、介護予防活動そのものよりも、高齢者（利用者）本人への介護予防に対する、“意識”への働きかけとなり、実はそのことが先述したような“きっかけ”づくりの一要因となるうえで無視できない現実なのである。

いかにして、今回の事業に参加したような利用者の参加数を伸ばし、元気を目指す高齢者を増やすかが介護予防事業の展開における重要な鍵となる。このような小集団を地域に点在させながら、いかに地域ネットワークに組み込んでいくか。新野⁹⁾によれば、全国1,051市町村を対象とした転倒予防活動事業の実態調査から、地域転倒予防事業には、「転倒に関する話」と「身体を動かす体操」の組み合わせについて、不可欠までとは言わずとも、無視できないプログラムであると報告されている。したがって、高齢者（利用者）の運動機能をスクリーニングした後、各市町村、各地域もしくは各事業所によって、必要性のあるプログラムを精査し、「どのような」活動を展開するかの実証的研究も必要である。このことが、活動そのものの継続性にも繋がると言っても過言ではない。また、その効果を最大限に発揮するために、市町村や事業所、インフォーマルサービス（社会福祉協議会、老人クラブ等）、さらに各ボランティア団体やNPO等による地域のシルバーサポート体制を強化することも展望としてあげられよう。

V 課題と展望

民間における事業所の果たす役割は、その事業主の経営や運営のバックグラウンド、整備された環境、配属された専門員によりアプローチする角度はまちまちである。実施事業の主体である市町村は、後方支援的役割を果たしつつ、介護予防に取り組む上で役立つ情報提供等を活発に発信していかなくてはならない。特定高齢者の範疇には、「閉じこもりリスク」「転倒リスク」「生活機能低下リスク」等、当然のごとく運動機能のみの枠組みを超え、心身機能に混在し絡み合う（重

複) 因子も含まれる。だからこそ、地域でつくられたネットワークで気軽に継続していこうというポピュレーションアプローチ (population approach) が、地域での展開として望まれる形態であろうし、さまざまな社会資源を活用する中で仕組みがつくれなければならない。地域に在住する在宅高齢者のうち、要支援・要介護1に該当する多くは、関節痛や腰痛、骨の障害等、いわば整形外科的疾患が介護を必要とする状態の原因であり¹⁰⁾、これに対し要介護3以上においては、脳梗塞や認知症が主な原因となっている。このことから非該当、要支援、要介護1(要介護2の一部)の高齢者については、介護予防活動の必要性和可能性の高さがうかがえる。

本事業所についても、このような介護予防事業においては、事業のワンパターン化が利用者にとって最大の継続性を阻害する要因となりうることを念頭におき、介護予防の基本的方向性やその体系、本事業所における事業の客観的評価の検討が急務であろう。また、事業継続そのものを“経営”からとらえる民間サービスのあり方とともに、利用者のみではなくその家族のエンパワメント (empowerment) をどう引き出していかも重要な課題となる。

今後、地域の特性や利用者本人の価値観をも考慮した効果的で啓蒙性のある介護予防事業を現場に根ざしたかたちで模索、検討していきたい。

謝 辞

本研究をすすめるにあたり、情報提供ならびにご指導ご協力いただきましたM市役所介護支援課介護予防推進担当室の方々、そして本研究実施の中で調査にご協力頂きましたデイサービスまばしの職員の皆様方に心より感謝を申し上げます。

註

1. 厚生労働省老人保健福祉局 (2005)「全国介護保険担当課長会議資料」。
〈<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/aCategoryList?OpenAgent&CT=20&MT=010&ST=020>〉(2007.6.6)
2. 2006年4月の介護保険制度の改正により、予防給付(要支援1、要支援2)の対象者に新たに設けられたサービス。介護保険法第8条の2第1項に規定され、要支援状態の方の生活機能を維持すること、また、介護度悪化を予防することを主な目的としている。サービスの利用にあたっては、地域包括支援センターが窓口となり介護予防サービス計画を作成する。具体的には、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防福祉用具貸与、特定介護予防福祉用具販売、介護予防住宅改修がこれにあたる。
3. 平成12年4月に施行した介護保険制度では、5年ごとにその内容を見直すこととなっており、平成17年6月22日に改正介護保険法が成立、平成18年4月1日から施行されるに至った(一部に平成17年10月1日から先行施行あり)。主な改正点としては、介護予防を重視したサービスの創設、地域包括支援センターの設置、地域密着型サービスの創設などがある。

4. 平成18年の介護保険法改正に伴い創設された新しい事業。要支援や要介護の認定を受けていない方を対象としており、大きく分けて介護予防事業、包括的支援事業(以上市町村必須事業)、と市町村任意の事業という3つの事業がある。介護予防事業は、特定高齢者(要支援・要介護になる可能性の高い高齢者)施策と一般高齢者(特定高齢者になる可能性の高い高齢者)施策にわけられ、前者には高齢者筋力向上トレーニング事業、介護予防教室、「食」の自立支援配食サービス、健康教育・相談・機能訓練・訪問指導事業などが、後者には介護予防普及啓発事業などが含まれる。また、包括的支援事業には、介護予防マネジメント事業(市町村からの委託により地域包括支援センターが実施)などがある。
5. 平成18年の介護保険法改正に伴い創設された新しい機関。地域住民の保健・福祉の向上のために、介護予防ケアマネジメント(介護予防サービス計画の作成)や総合相談・支援、高齢者の権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント事業などを行う。
6. 兵庫県健康生活部福祉局介護保険課(2006)介護保険事業者の皆様へ(高齢者の開眼片足立ち時間の測定に関する留意事項)。
<http://web.pref.hyogo.jp/hw18/hw18_000000017.html#header> (2006.10.2)
7. 厚生労働省老健局老人保健課(2006)「高齢者の開眼片足立ち時間の測定に関する留意事項について」。(2006.9.17)
8. 財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団:「介護予防完全マニュアル」, 財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団: 81, 2004.
9. 新野直明(2005)「高齢者の転倒予防事業」『公衆衛生』69(9), 703.
10. 山崎史郎(2003)「介護予防事業の展望と介護保険の動向」『介護情報』12(9).
11. 西 正美(2002)「介護予防事業の効率と評価」『月刊地域保健』80(8), 55-57.
12. 新庄文明・福田英輝(2005)「介護予防における口腔機能向上の意義」『公衆衛生』69(9), 705-708.
13. 看護予防に関するテキスト等調査研究委員会編(2001)『介護予防研修テキスト』社会保険研究所.
14. 堀川涼子(2006)「介護予防推進に向けた在宅介護支援センターの役割と今後のあり方」, 美作大学短期大学部紀要(51), 45-58.
15. 山本利春(2001)『測定と評価』ブックハウス・エイチディ, 12-13, 20, 54-59.
16. 大野 裕(2005)『うつ予防・支援マニュアル』うつ予防・支援についての研究班(講習会冊子).
17. 本間 昭(2005)『認知症予防・支援マニュアル』認知症予防・支援についての研究班(講習会冊子).
18. 安村誠司(2005)『閉じこもり予防・支援マニュアル』閉じこもり予防・支援についての研究班(講習会冊子).
19. 小崎浩信・徳力格弥・伊藤弓月・川上吉昭(2000)『施設介護職員の腰痛症に関する基礎研究』東北福祉大学社会福祉研究室報(10), 48-63.
20. 小坂田稔(2004)『社会資源と地域福祉システム』名文書房.
21. 松戸市役所介護推進室(2006)『松戸市地域支援事業(介護予防事業)事業者説明会』資料.
22. デイサービスまばし(2006)『介護予防事業企画書』(推進室提出資料).
23. デイサービスまばし(2006)『ころばん塾(地域支援サービス)報告書』(推進室提出資料).
24. 望月 修・黒川幸雄(2003)「通所介護事業におけるセラピストの役割とその効果について」『新潟医療福祉学会誌』3(1), 88-94.
25. 「介護予防事業の全体像」(2005)『介護保険情報』6(8), 7-9.